

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 87

---

# LES ULCÈRES DU PYLORE ET DU CORPS DE L'ESTOMAC ASSOCIÉS OU CONSÉCUTIFS

---

## ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 12 Janvier 1926*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Paul DUCROUX**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

né le 30 Avril 1897 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

---

1926



LES ULCERES DU PYLORE  
ET DU CORPS DE L'ESTOMAC  
ASSOCIÉS OU CONSÉCUTIFS  
(Étude Clinique et Thérapeutique)



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 87

---

# LES ULCÈRES DU PYLORE ET DU CORPS DE L'ESTOMAC ASSOCIÉS OU CONSÉCUTIFS

---

## ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 12 Janvier 1926*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Paul DUCROUX**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

né le 30 Avril 1897 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

---

1926

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. H. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. ROQUE.        |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

## PROFESSEURS

|                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. BARD         |
| Cliniques chirurgicales .....                             | ROQUE            |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER           |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BERARD           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | COMMANDEUR       |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | ROLLET           |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | NICOLAS          |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | LEPINE (J.)      |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND       |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | VILLARD          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | LANNOIS          |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | ROCHET           |
| Chimie biologique et médicale .....                       | NOVE-JOSSERAND   |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | CLUZET           |
| Matière médicale et Botanique .....                       | HUGOUNENQ        |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL            |
| Anatomie .....                                            | BRETIN           |
| Histologie .....                                          | GUIART           |
| Physiologie .....                                         | LATARJET         |
| Pathologie interne .....                                  | POLICARD         |
| Pathologie et Thérapeutiques générales .....              | DOYON            |
| Anatomie pathologique .....                               | COLLET           |
| Chirurgie opératoire .....                                | CADE             |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | PAVIOT           |
| Médecine légale .....                                     | PATEL            |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.)     |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie .....           | MARTIN (Etienne) |
| Pharmacologie .....                                       | COURMONT (P.)    |
|                                                           | PIC              |
|                                                           | X.               |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe ..... | MM. VALLAS |
| — — — Propédeutique de gynécologie .....      | CONDAMIN   |
| — — — Chimie minérale .....                   | BARRAL     |
| — — — Urologie .....                          | GAYET      |

## CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Stomatologie ..... | TELLIER |
|--------------------|---------|

## AGREGES

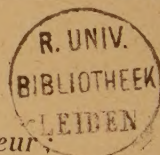
| MM.                | MM.           | MM.          | MM.               |
|--------------------|---------------|--------------|-------------------|
| NOGIER             | COTTE         | CORDIER (V.) | MAZEL             |
| GARIN              | DUROUX        | ROUBIER      | SANTY             |
| SAVY               | TRILLAT       | FAVRE        | DUNET             |
| FROMENT            | SARVONAT      | BONNET       | CHALIER (André)   |
| THIEVENOT (Lucien) | FLORENCE (G.) | RHENTER      | CHALIER (Joseph)  |
| PIERY              | ROCHAIX       | LEULIER      | NOEL              |
|                    |               |              | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; PATEL, assesseur;

BONNET et DUNET, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueux attachement et de notre gratitude, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

Qui nous a indiqué le sujet de notre thèse et donné ses conseils; nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir bien voulu nous confier les observations qui illustrent ce travail.

AU DOCTEUR P. MALLET-GUY

En gage de notre profonde amitié et de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers l'aide dévoué qu'il a été en toutes circonstances, et spécialement dans l'élaboration de notre thèse.

LES ULCERES DU PYLORE  
ET DU CORPS DE L'ESTOMAC  
ASSOCIÉS OU CONSÉCUTIFS  
(Étude Clinique et Thérapeutique)

---

INTRODUCTION

---

Dans les traités classiques, l'ulcère multiple de l'estomac n'a pas d'histoire ; il est mentionné surtout comme une découverte d'anatomie pathologique faite après une opération ou une autopsie, et on lui confère un intérêt purement théorique. Le traité de Mathieu, Sencert et Tuffier cite ainsi plusieurs statistiques, qui donnent un pourcentage moyen assez élevé d'ulcérations multiples, mais n'y consacre aucune étude spéciale.

Ce n'est que tout récemment que la question a été étudiée, et encore la bibliographie est-elle fort restreinte. Tout d'abord, certains chirurgiens français ont publié quelques observations, soit d'ulcères trouvés multiples par hasard à l'intervention, soit de sténoses doubles : Jeanne, de Rouen, a rapporté notamment un cas de double sténose gastrique ulcéreuse et rappelé deux faits analogues, mais sans en tirer de conclusions.

D'importants travaux lyonnais ont marqué le premier souci d'une étude d'ensemble des ulcères multiples de l'estomac, sous l'inspiration de M. X. Delore, à qui nous devons d'ailleurs toutes les observations rapportées dans cet ouvrage, et colligées dans son service. Elles ont déjà fait l'objet d'études diverses, publiées par MM. Delore, J.-F. Martin et Mallet-Guy, et par MM. Delore, Mallet-Guy et Vachey, dans le *Lyon Chirurgical*.

M. Delore insiste sur ce fait que ce n'est que depuis cinq ou six ans qu'il a recueilli la grande majorité de ces observations, qu'en effet il a depuis cette date recherché systématiquement au cours des interventions pour un ulcère gastrique les autres localisations toujours possibles et fréquemment trouvées. Il pense qu'il a dû laisser passer auparavant un nombre important de lésions multiples.

Parallèlement à ces travaux lyonnais, les Américains Judd et Proctor, dans un travail de la clinique Mayo, ont groupé et étudié 87 observations d'ulcères gastriques multiples, doubles le plus souvent, et représentant 6 % du nombre entier des cas d'ulcères opérés à la clinique Mayo. Nous citerons ce travail au cours de notre thèse ; les travaux lyonnais et américains sont exactement contemporains, et bien qu'ayant été élaborés dans l'ignorance complète les uns des autres, ils arrivent sensiblement aux mêmes conclusions, cliniques surtout, la partie thérapeutique des auteurs américains restant assez peu précise.

Mais nous nous proposons de n'étudier ici qu'une *forme chirurgicale*, parmi toutes celles sous lesquelles

se présentent les ulcères multiples de l'estomac : laissant de côté les *ulcères multiples de voisinage*, en raison du peu d'individualité clinique et chirurgicale que peuvent offrir des lésions aussi rapprochées ; laissant également les *ulcères extrêmes bi-orificiels*, qui, exceptionnels, ont fait l'objet d'une toute récente publication de MM. Delore, Comte et Labry, dans le *Lyon Médical*, nous aurons seulement en vue le cas très fréquent des *ulcères associés du pylore et du corps de l'estomac*. Par le jeu des sténoses qu'ils peuvent déterminer, ils sont susceptibles d'avoir une histoire clinique particulière, et en tous cas ils exigent une thérapeutique très spéciale. La lésion complexe qu'ils constituent possède une individualité des plus nettes.

Le terme d'*ulcères associés* que nous employons n'indique pas obligatoirement une *association dans le temps*, le synchronisme parfait ; le plus souvent, en effet, l'examen de la pièce opératoire montre l'antériorité de l'un d'eux : le terme d'« ulcères associés » prend alors une signification plus profonde encore ; n'existe-t-il pas, en effet, entre les deux localisations successives, une relation plus ou moins directe de cause à effet ?

---



## CHAPITRE PREMIER

---

### Etude anatomique.

Nous envisagerons successivement la topographie des deux ulcères, leur retentissement sur le calibre gastrique, les lésions péri-ulcéreuses et enfin l'ordre d'ancienneté des deux localisations.

#### a) Siège des Ulcères.

Tout d'abord, il convient de bien préciser que, suivant les notions actuelles, nous engloberons dans le groupe « ulcères du pylore » tous ceux de la région pylorique, aussi bien les ulcères du versant duodénal que ceux du versant gastrique. Ces deux localisations sont d'inégale fréquence, et la localisation sur le versant duodénal est relativement rare ; nous n'en avons relevé que 8 cas dans nos observations, alors que nous apportons 30 cas d'ulcères du versant gastrique.

Quant à l'ulcère du corps de l'estomac, c'est évidemment sur la petite courbure que nous le retrou-

vons dans la majorité des cas ; c'est son siège de prédilection, généralement sur la partie moyenne, très rarement haut situé près du cardia (Obs. XXI et XXII). Une fois cependant (Obs. IV), nous voyons l'ulcus siéger sur la face antérieure de l'estomac, une fois également (Obs. VII), sur la grande courbure.

### **b) Ses Sténoses.**

Il est très important de préciser le retentissement de la double localisation ulcéreuse sur le fonctionnement de l'estomac et d'étudier les sténoses gastriques liées à l'existence d'un ulcère double. Nos observations ont été classées dans ce sens :

1° Tantôt, en effet, il n'existe aucune sténose (11 observations) ; l'estomac est de forme normale et s'évacue normalement.

2° Tantôt on note une sténose pylorique isolée (6 observations).

3° Plus rarement, il s'agit d'une sténose médiogastrique (4 observations).

4° Mais nous pourrions, par contre, rapporter 12 observations signalant très nettement que les deux sténoses pylorique et médiogastrique sont associées : il en résulte un type d'estomac très spécial, car la poche inférieure prépylorique est elle-même dilatée. Nous verrons plus tard l'intérêt clinique qui s'attache à ce dernier type physiopathologique.

### c) Les Lésions Périulcéreuses.

Nous ne voulons pas reprendre ici la description de la lésion « ulcus » proprement dite ; mais les *lésions à distance* nous retiendront tout particulièrement :

1° Autour de l'ulcère en activité, toute la muqueuse est infiltrée, œdémateuse, avec des glandes dont le fond seul reste intact ; dans la sous-muqueuse, on retrouve les mêmes lésions inflammatoires, atteignant les vaisseaux et les nerfs. Plus profondément, l'inflammation se poursuit même dans la musculuse et le péritoine, déterminant l'aspect « succulent » de l'estomac ulcéreux, avec parfois des masses sclérolipomateuses symptomatiques.

2° Et puis, autour de l'ulcère cicatrisé, l'inflammation persiste encore, tout en le résolvant partiellement. Mais la muqueuse, enflammée et détruite en grande partie, n'a pas refait une tunique gastrique, mais une tunique *intestinale* ; suivant la pittoresque expression de MM. Delore, J.-F. Martin et Mallet-Guy, elle ne s'est pas « stoppée », mais « reprise ».

D'autre part, la névrite et l'artérite persistent : il ne s'agit pas d'une guérison complète, et d'importantes séquelles sont décelables.

Le détail de ces lésions ne peut être mieux exposé qu'en relatant les trois observations suivantes, qui comportent un examen histologique minutieux de M. J.-F. Martin :

## OBSERVATION I

*Ulcères gastriques non sténosants, pylore et petite courbure.*

*Exérèse de ce dernier. Gastroentérostomie complémentaire au bouton.*

Femme, 61 ans, entre le 26 mai 1924.

Début, à l'âge de 16 ans, par des douleurs qui persistèrent par périodes pendant une dizaine d'années. En 1914, la malade fut soignée pour une rechute douloureuse. Actuellement, elle revient pour amaigrissement et douleurs périodiques revenant tous les cinq mois, de durée variable, à irradiations scapulaire et lombaire gauches.

Pas de vomissements ni d'hémorragies.

Examen clinique négatif. La radioscopie révèle simplement un estomac plus grand que normalement.

30 mai 1924 : Intervention. On trouve plusieurs ulcères, dont un ou même deux sur le pylore. Le plus volumineux est situé sur la petite courbure, à sa partie moyenne, à 3 ou 4 centimètres du pylore. Etant données la multiplicité des ulcères de la région pylorique et la possibilité d'autres ulcères du duodénum, on ne fait pas de pylorectomie, mais seulement une exérèse large de l'ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

31 mai. — Hématémèse. Lavage d'estomac, ainsi que le jour suivant. Sort opératoirement guéri le 16 juin 1924.

Guérison maintenue en décembre 1924. La malade a engraisé de 2 kilos.

*Examen de la pièce opératoire* : L'ulcère assez profond siège au niveau de la petite courbure dont la muqueuse semble chroniquement enflammée.

*Examen histologique* : Ulcus banal, ayant érodé la couche musculaire, que l'on retrouve de part et d'autre du coin scléreux qui s'étend au-dessous d'elle. Dans cette zone scléreuse : de nombreux îlots lymphoïdes, épaissement de la tunique moyenne des vaisseaux, lésions de névrite interstitielle.

De part et d'autre de l'ulcération, dans la couche musculaire, dans la sous-muqueuse et dans la muqueuse elle-même, inflammation aiguë avec nombreux îlots lymphoïdes hyper-

plasiés, infiltration diffuse par les polynucléaires et en particulier sous la muqueuse de revêtement par des plasmocystes ou îlots.

La muqueuse, elle-même, avec ses glandes, glandes du fond sur un versant de l'ulcère, glandes pyloriques sur l'autre versant, est très hyperplasiée. On assiste, au niveau du collet des glandes en particulier, à un début de métaplasie intestinale. Celle-ci n'est complètement constituée qu'en un point. Dans tous ces segments métaplasiés, ce sont les cellules à plateau qui l'emportent en nombre sur les cellules caliciformes, teintées en rose par le mucci-carmin.

Pas de trace de cancer. Pas de trace d'infiltration spécifique.

## OBSERVATION II

*Ulcère double, l'un de la petite courbure, l'autre du versant duodénal du pylore cicatrisé. Billroth II.*

Femme, 62 ans, entre le 8 octobre 1924.

Dans les antécédents, trois fausses-couches et deux enfants morts-nés.

Début de la maladie actuelle il y a une vingtaine d'années par des crises douloureuses intermittentes calmées par des vomissements. Pas d'hématémèse.

Actuellement, les vomissements ont disparu, mais sensation de pesanteur dans la région épigastrique et les hypocondres, devenant parfois très douloureuse, sans horaire précis, calmée un peu par l'alimentation. Amaigrissement.

*Examen de l'abdomen.* — Hypochondre droit douloureux à la palpation, avec contracture du grand droit.

9 octobre 1924 : Intervention. Double ulcère; un médio-gastrique sur la petite courbure, l'autre sur le duodénum sous-pylorique. Ni l'un ni l'autre ne sont adhérents. On décide de faire la résection de toute la poche inférieure en emportant l'ulcère de la petite courbure.

Billroth II sans incidents. La muqueuse gastrique est rouge vineux.

Départ le 25 octobre, Disparition des douleurs gastriques.

*L'examen de la pièce* confirme les constatations opératoires : l'ulcère médiogastrique est assez profond et a rétracté assez sensiblement les parois gastriques. L'ulcère sous-pylorique apparaît comme une dépression peu nette du côté de la muqueuse. Il n'est pas sténosant.

*Examen histologique : 1° L'ulcère de la petite courbure.* Ulcération très anfractueuse étendue, au-dessous de laquelle on retrouve quelques pinceaux musculaires, des artères atteintes d'endo- et de péri-artérite, des nerfs sclérosés, puis très rapidement une fibrolipomatose intense, s'étendant jusqu'à la limite de la préparation.

Sur le rebord de l'ulcère réapparaît peu à peu une muqueuse d'abord mince, dont les éléments sont en voie de nécrose, puis qui progressivement s'élève, reprend de la vitalité. En profondeur d'abord, réapparaissent les culs-de-sac glandulaires, alors que les parties superficielles restent longtemps nécrobiosées.

Puis on arrive en territoire de pleine vitalité; mais là encore ce n'est pas encore la zone saine, car on retrouve à un degré intense de la gastrite interstitielle et de la gastrite parenchymateuse, allongement des culs-de-sac glandulaires, métaplasies intestinales, voire même de véritables dilatations kystiques, bordées exclusivement de cellules caliciformes.

Sous la muqueuse, et *jusqu'à la limite des préparations*, c'est l'état inflammatoire banal de la muscularis muscosæ, de la sous-muqueuse, des couches musculaires, inflammation qui s'estompe à mesure que l'on gagne les couches profondes.

*2° La région pyloroduodénale.* Sur le versant gastrique, pas de lésions en activité. Muqueuse normale avec des îlots de métaplasie intestinale hétérotypique, avec des signes d'inflammation interstitielle très discrète.

Puis on passe au versant duodépal du pylore, où règne encore une discrète inflammation; et on tombe sur une petite dépression répondant à un ulcère cicatrisé, et aisément reconnaissable par l'atrophie glandulaire, les glandes de Brunner restant au delà du processus cicatriciel.

### OBSERVATION III

*Ulcère double de l'estomac (petite courbure), et de la première portion du duodénum, ni l'un ni l'autre sténosants. Gastropyloréctomie large.*

Homme, 52 ans, entré en juin 1924.

Début de l'affection il y a dix ans par des douleurs calmées par le repas, survenant par périodes. Depuis trois mois, douleurs d'un type nouveau survenant tardivement après le repas. Amaigrissement de 10 kilos.

26 juin 1924 : Intervention. On trouve au niveau de la première portion du duodénum une cicatrice d'où partent des adhérences remontant jusqu'au foie. Ces adhérences sectionnées sans hémorragie, on sent un ulcère duodénal petit, mais net. On se décide à la résection.

On dégage la grande courbure, on fait la ligature de la coronaire stomacique en relevant l'estomac sur la petite courbure comme charnière. On trouve très haut, au niveau de la petite courbure, un ulcère adhérent au pancréas et au méso-côlon transverse. L'ulcère est détaché. Large gastropyloréctomie. Gastroentérostomie transmésocôlique postérieure, au bouton. Estomac vasculaire. Hémorragie moyenne. On laisse un drain au niveau du pancréas dénudé représentant le fond de l'ulcus.

3 juillet 1924 : Depuis quelques jours, signes d'hépatisation du poumon droit. Température entre 39° et 40°.

Décès le 4 juillet 1924.

*Examen de la pièce* : Les deux ulcères sont nettement dépassés. L'ulcère duodénal semble cicatrisé, non sténosant. Sur la petite courbure, ulcère typique perforant, du diamètre d'une pièce de 1 fr.

*Examen histologique* : 1° Ulcère duodénal : Sur le versant gastrique du pylore, pas de lésions actuelles, mais une gastrite parenchymateuse ancienne, totale, avec métaplasies intestinales de tout le segment supérieur des diverticules glandulaires. Seuls dans les culs-de-sac glandulaires persistent des cellules du type pylorique, violacées, puis à quelques millimètres du pylore, se voit une dépression cupuliforme répon-

dant à un ulcère entièrement cicatrisé. La hauteur de la muqueuse est réduite au moins des deux tiers. La couche de revêtement ne présente pas de solution de continuité, elle se festonne, et dans le fond des dépressions viennent déboucher des glandes courtes et trapues revêtues de cellules à type purement intestinal. Puis la muqueuse duodénale reparait avec ses glandes de Brunner et se poursuit normale jusqu'à la limite de la résection.

2° Ulcère de la petite courbure : C'est le type de l'ulcère à l'emporte-pièce avec en surface le tissu mortifié, puis, immédiatement dessous, un tissu fibro-lipomateux, c'est-à-dire des plages de tissu adipeux inflammatoire s'étageant dans un stroma fibreux fortement nucléé, abondamment irrigué par des capillaires et des petits vaisseaux, pour la plupart chroniquement enflammés. Les nerfs sont étouffés dans ce tissu de sclérose. Des îlots lymphoïdes s'isolent dans cette masse fibreuse. On retrouve très en profondeur un ganglion hyperplasié.

La muqueuse a été réséquée largement au delà de l'ulcère. Et là encore nous retrouvons, outre des lésions de gastrite parenchymateuse (métaplasie intestinale des parties superficielles des glandes, dans toute l'étendue de la muqueuse), de petites ulcérations cicatrisées incontestables. Souvent la réparation épithéliale s'est constituée. Mais en plusieurs points, il n'en est pas ainsi et une petite bandelette conjonctive vient recouvrir le tissu épithélial sous-jacent.

#### **d) Ordre d'apparition des ulcères.**

Dans la première de ces observations, l'examen histologique de l'un des ulcères manque, puisqu'on n'en avait pas fait l'exérèse. Dans les deux autres, il s'agit d'un ulcère cicatrisé du pylore, et d'un ulcère en activité de la petite courbure : or, dans l'ensemble de nos observations, ce cas s'est présenté 16 fois,

tandis que 5 fois seulement c'est l'ulcère de la petite courbure que nous avons trouvé cicatrisé.

Indépendamment de la cicatrisation, le caractère calleux d'un des ulcères peut affirmer son antériorité, ou bien c'est une première opération qui l'a démontré péremptoirement (Obs. XXXVII) ; ainsi, nous trouvons 20 fois la localisation pylorique primitive, 10 fois la localisation du corps de l'estomac ; dans les 8 observations qui restent (XIV, XV, XVI, XVII, XXVII, XXIX, XXX, XXXIII), le cas est douteux. Mais nous avons les éléments suffisants pour pouvoir affirmer que, *dans la très grande majorité des cas, l'un des ulcères a précédé l'autre dans son apparition, et que deux fois sur trois c'est l'ulcère pylo-rique.*

---



## CHAPITRE II

---

### Pathogénie.

L'étude pathogénique comporte d'abord le dépouillement de documents étiologiques et anatomiques.

#### a) Documents Etiologiques.

Ce que nous avons dit au chapitre précédent de l'ordre chronologique d'apparition des ulcères associés est corroboré par le fait que nos observations concernent des sujets relativement âgés ; plusieurs ont déjà un long passé gastrique, avec les périodes de guérison symptomatique ou de rémission qui caractérisent tout ulcère. Six ont dépassé la soixantaine, seize ont cinquante ans ou plus, et nous n'en rencontrons que trois qui aient moins de quarante ans.

Nous ne tirons de ce fait aucune conclusion, nous remarquons simplement qu'il serait illogique qu'il en fût autrement.

Il nous faudrait un beaucoup plus grand nombre d'observations pour systématiser l'influence du sexe

dans l'étiologie de l'ulcère double ; notre statistique nous donne les chiffres de 16 hommes et de 22 femmes, et nous ne pouvons rien en déduire d'assez net en faveur de la prédominance d'un des sexes.

Les maladies antérieures ont un retentissement beaucoup plus marqué, nous voulons parler surtout de la tuberculose et de la syphilis. Les Américains Judd et Proctor relatent 6 fois la syphilis, nous-même 1 fois (Obs. II), dans les antécédents des malades, et Bouchut, d'ailleurs, n'a-t-il pas rappelé le rôle probable des lésions nerveuses syphilitiques dans la production de l'ulcus.

Quant à la tuberculose, elle peut être un facteur étiologique indirect ou même direct (Obs. VII, qui, malheureusement, manque de vérification étiologique), davantage encore dans ces localisations multiples, que dans les ulcères isolés ; elle est, à coup sûr, un facteur de gravité primordial, qui doit faire hésiter devant une intervention gastrique plus que devant toute autre : sur quatre Observations où nous ayions à enregistrer un décès dans les suites opératoires, trois ont trait à des tuberculeux.

#### **b) Documents Anatomiques.**

En dehors de ces conditions étiologiques, deux causes anatomiques interviennent manifestement parmi les facteurs d'apparition du deuxième ulcère, c'est :

- 1° L'existence d'une sténose qui provoque la stase ;
- 2° La présence de lésions lointaines et persistantes autour des ulcères, en activité ou éteints.

Les chiffres du précédent chapitre montrent la prépondérance de la sténose pylorique primitive ; que cette sténose favorise la production secondaire d'une ulcération de la petite courbure, sténosante ou non, le fait n'est pas douteux, et nous n'en voulons pour preuve que la guérison habituelle que donne dans ce cas la simple anastomose qui vide la poche (Obs. XVI, guérison maintenue après 12 ans). Mais on ne peut pas dire que la sténose médiogastrique favorise l'apparition de l'ulcère pylorique, car dans la majorité des cas l'ulcère du pylore était primitif (4 fois sur 5 cas de sténose médiogastrique isolée ; 7 fois sur 12 cas de double sténose, 4 cas douteux). Mais il faut, lorsque l'ulcère pylorique apparaît secondairement à une sténose ulcéreuse médiogastrique, trouver une autre explication.

Elle nous est fournie par l'étude des lésions histologiques qui réalisent l'entretien de la « maladie ulcéreuse ». Nous rappelons ici simplement les lésions vasculaires et nerveuses que nous avons vu persister même autour des ulcères éteints, et les lésions de métaplasie intestinale de la muqueuse, sur lesquelles insistent à juste titre MM. Delore, J.-F. Martin et Mallet-Guy, et qui expliquent l'attaque plus facile des cellules à plateau strié, par le suc gastrique acide.

Enfin, cette conception de la pathogénie des ulcères multiples nous permet dans une certaine mesure d'expliquer les ulcères « à bascule » qui surviennent après une gastro-entérostomie pour ulcère pyloroduo-dénal : le pylore est guéri, l'ulcus réapparaît soit sur

la bouche anastomotique (« ulcère peptique ») (1), soit sur la petite courbure, et parfois sur les deux, sinon simultanément, du moins successivement (Obs. XXXVII). Et le fait qu'un ulcère peut apparaître sur la petite courbure en face d'une gastro-entérostomie semble venir à l'appui de la conviction qu'ont certains chirurgiens de l'insuffisance, dans un grand nombre de cas, des opérations palliatives dans le traitement de l'ulcère de la petite courbure, quand un traitement plus radical peut être mis en œuvre.

### c) Conclusions Pathogéniques.

Le problème pathogénique se réduit schématiquement à l'étude du mécanisme d'apparition du deuxième ulcère.

Il semble que cette nouvelle localisation soit sous la dépendance d'un facteur d'ordre général, et qu'il faille invoquer le *terrain* favorisant l'évolution d'une véritable *maladie ulcéreuse* de l'estomac : la tuberculose joue souvent là, il est probable, un rôle des plus importants.

A ce facteur d'ordre général s'en ajoute un deuxième, d'ordre local : c'est l'existence autour d'un ulcère, en activité ou déjà guéri, de larges lésions de cicatri-

(1) Nous avons éliminé du cadre de ce travail les localisations ulcéreuses secondaires sur les bouches anastomotiques : ce sont bien, à la limite, des ulcères associés du pylore et du corps de l'estomac ; mais souvent leur siège tout particulier, leur allure clinique, leur pathogénie même, en font une lésion nettement individualisée en pratique. Notons cependant la parenté étroite au point de vue théorique entre l'ulcère à bascule proprement dit et l'ulcère des bouches anastomotiques.

sation, qui ont substitué au revêtement gastrique normal une muqueuse du type *intestinal*. On est en présence d'un véritable cercle vicieux, les ulcères successifs s'enchaînant en quelque sorte, l'un étant souvent, indirectement, la cause de l'autre.

---

## CHAPITRE III

---

### Etude Clinique et Diagnostic.

#### Types Cliniques.

La double localisation ulcéreuse, pylorique et médiogastrique, se manifeste cliniquement sous deux formes nettement distinctes.

L'une de ces formes est faite de ce que l'on a appelé « *ulcères doubles spontanés* ». Les deux ulcères ont évolué soit simultanément, soit, comme nous l'avons vu, le plus souvent successivement, sans que rien, trop souvent, ne vienne dans l'interrogatoire du malade manifester la deuxième localisation.

A vrai dire, on note bien des intermittences dans l'évolution de la douleur, on note des phases d'amélioration, des périodes de plusieurs années pendant lesquelles les malades ne souffrent plus, puis l'apparition de nouvelles crises parfois quelque peu différentes.

Mais il n'y a rien, dans cette symptomatologie, qui puisse être donné comme caractéristique de l'ulcère

double du pylore et de la petite courbure ; et ce serait méconnaître l'évolution clinique banale de l'ulcère de l'estomac que de vouloir tirer une conclusion de ces faits.

Souvent l'ulcère sténosant du pylore domine la scène clinique. Mais parfois les malades n'ont souffert que de leur second ulcère, de la localisation nouvellement apparue au niveau du corps de l'estomac : les observations 8 et 22, peuvent être retenues à titre d'exemple, et dans l'une et l'autre, l'intervention trouva un ulcère ancien cicatrisé du pylore, alors que seul l'ulcère de la petite courbure se manifesta cliniquement.

L'examen physique ne peut, évidemment, à défaut de l'interrogatoire, donner des signes de la double localisation ulcéreuse.

Mais il existe un *deuxième type clinique*, celui-là nettement différencié et correspondant aux « *ulcères à bascule* », dans l'évolution desquels une intervention a séparé chronologiquement les deux lésions.

Une gastroentérostomie a été pratiquée pour un ulcère du pylore ou du duodénum et, en général, les opérés, délivrés désormais de la rétention gastrique, ne souffrent plus, reprennent de l'appétit, engraisent, et bientôt on peut parler de guérison. Mais dans les cas qui nous intéressent, cette guérison n'est pas définitive, une nouvelle période de troubles gastriques s'installe, caractérisée surtout par des douleurs, de l'amaigrissement, quelques vomissements, qui ne sont plus des vomissements de sténose. Un nouvel ulcère s'est reproduit en quelque point de l'estomac,

Dans ce cas, on le voit, l'évolution clinique est plus nette, on a successivement assisté à la guérison progressive du premier ulcère pylorique et à l'installation nette des signes de la deuxième localisation médiogastrique.

Si les signes sont nettement différents du syndrome pré-opératoire, on peut éliminer facilement un réveil de la première localisation, bien guérie dans un grand nombre de cas, par la seule gastroentérostomie. Mais on doit penser à la possibilité d'un ulcère de la bouche anastomotique, d'un *ulcère peptique gastrojéjunal*. Il s'agit là d'un diagnostic bien difficile à faire, d'autant plus difficile d'ailleurs que, parfois, ces deux éventualités se succèdent dans l'évolution d'un même malade (Obs. XXXVII).

Nous n'insistons pas sur les signes un peu théoriques sur lesquels on pourrait étayer un diagnostic, combien fragile, entre une localisation sur la petite courbure ou sur la région anastomotique du deuxième ulcère.

Nous ne faisons que signaler les autres syndromes qui peuvent apparaître à la suite d'une gastroentérostomie pour ulcère pyloroduodénal, cancérisation secondaire de l'ulcère, après un stade de guérison clinique, et oblitération cicatricielle de la bouche anastomotique, qui peuvent, dans ces cas plus rares, prêter à confusion.

### Diagnostic Radiologique.

L'exploration radiologique de l'estomac permet quelquefois un diagnostic extrêmement précis de la

double localisation ulcéreuse. Lorsqu'aucun des deux ulcères n'est sténosant, la radioscopie ne peut découvrir que l'ulcère de la petite courbure ; elle devient beaucoup plus intéressante dans les cas de sténose pylorique.

1° On pourrait noter, coïncidant avec les signes de cette sténose pylorique, l'existence d'une *niche de Haudeck* sur la petite courbure : on pourrait ainsi faire d'une façon très élégante, une diagnostic cliniquement impossible. Malheureusement, cette éventualité est certainement très rare. Nous verrons dans l'observation 20 que l'examen radioscopique a montré une fois une niche de Haudeck ; il ne s'agissait d'ailleurs que d'une sténose médiogastrique.

2° Une autre circonstance particulièrement favorable, est représentée par *l'association des deux sténoses, pylorique et médiogastrique*. La découverte des deux poches d'air, la persistance des deux résidus gastriques, fixe de la manière la plus nette l'état exact de l'estomac, le siège des deux lésions et leur caractère sténosant. Ce deuxième syndrome radiologique a été constaté dans les observations 22 et 28.

### Diagnostic opératoire.

Les difficultés du diagnostic clinique et radiologique indiquent tout l'intérêt de l'examen minutieux, au cours de l'intervention, de toute l'étendue palpable de l'estomac et du duodénum.

Il convient, et M. Delore insiste sur ce point, de ne pas se contenter de découvrir une localisation, parfois

très nette, au niveau du pylore ou de la petite courbure, mais il faut toujours explorer méthodiquement les régions apparemment saines. Nous avons déjà insisté sur cette notion et dit que, depuis que M. Delore a son attention attirée sur les localisations multiples de l'ulcère gastrique et qu'il les recherche systématiquement, il en trouve un nombre croissant.

Nous ne voulons pas revenir sur la question bien connue du diagnostic opératoire entre cancer et ulcère, diagnostic dont on connaît la trop fréquente impossibilité. Il semblerait ici que le fait de trouver plusieurs lésions sur un même estomac plaide en faveur de la nature inflammatoire de celles-ci.

Il n'en est rien ; il peut exister en même temps un cancer et un ulcère : MM. X. Delore, J.-F. Martin et P. Mallet-Guy ont rapporté, après quelques autres auteurs, un fait de coexistence d'ulcère et de cancer et c'était même la lésion le plus nettement inflammatoire en apparence que l'examen histologique affirma être une tumeur maligne.

---

## CHAPITRE IV

---

### Traitement.

La thérapeutique des ulcères associés du pylore et du corps de l'estomac, est essentiellement chirurgicale. L'indication du traitement sanglant se trouve en effet réalisée par les récives après traitement médical, par l'allure essentiellement rebelle de l'évolution des ulcères doubles.

#### a) Principes Généraux.

Il s'agit d'une véritable *maladie ulcéreuse de l'estomac* ; aussi bien l'acte opératoire doit-il être, dans cette forme plus que dans toute autre, radical. C'est donc à la *gastropyloréctomie* que l'on songera tout d'abord.

Mais les localisations multiples, les adhérences anciennement constituées, rendent cette opération souvent difficile, et l'étendue de la portion gastrique qui doit être réséquée, la rendent particulièrement grave.

Nous verrons que souvent il faut se contenter d'une opération théoriquement moins satisfaisante.

Un cas tout particulier doit être mis à part : c'est le cas d'un ulcère du corps de l'estomac apparaissant secondairement à une localisation pylorique déjà traitée par la gastroentérostomie; c'est l'« ULCERE A BASCULE ». L'indication d'opération radicale est ici majeure, et elle sera remplie par l'excision de l'ulcère néoformé, ou, suivant le cas, par la gastropyloréctomie. Cette forme anatomoclinique ne prête pas à de plus longues discussions.

Lorsque les deux ulcères sont apparus spontanément, il convient, au contraire, de distinguer plusieurs cas chirurgicalement bien définis.

Nous avons noté au chapitre anatomique l'intérêt que présentait la présence ou l'absence de sténoses, et nous pouvons donc, pour chacun des groupes que nous avons déterminés, discuter les indications chirurgicales.

### **b) Indications Particulières.**

Elles sont surtout difficiles à fixer lorsque AUCUN DES DEUX ULCERES N'EST STENOSANT. M. Delore a fait, dans de tels cas, trois fois la gastroentérostomie et trois fois également une gastropyloréctomie.

Mais l'intervention à laquelle il donne sa préférence est sans conteste une opération plus complète que la simple anastomose, moins grave que la gastropyloréctomie, et qui réalise en quelque sorte la

« somme algébrique » du traitement idéal de chacun des deux ulcères ; il a pratiqué en effet cinq fois en même temps la *résection cunéiforme de l'ulcus de la petite courbure*, et une anastomose complémentaire, destinée à guérir l'ulcère du pylore, avec des résultats très satisfaisants.

S'il existe une STENOSE PYLORIQUE, et que l'ulcère de la petite courbure ne détermine pas lui même de sténose, il convient de pratiquer la seule *gastro-entérostomie* : traitement du syndrome « sténose », traitement également de l'ulcère pylorique, et, dans quelques cas même, on le sait, opération pouvant guérir — moins souvent qu'une exérèse — l'ulcère de la petite courbure. La notion de sténose pylorique prime ici dans la discussion des indications opératoires, et ce n'est que dans un second temps que l'on pratiquerait, s'il y a lieu, l'intervention radicale. Chez six malades opérés de la sorte, M. Delore n'est réintervenu qu'une fois, et s'est contenté d'une cautérisation de la petite courbure.

Il existe une association inverse, et lorsqu'une STENOSE MÉDIOGASTRIQUE EXISTE SEULE, ce sera également elle qui commandera le traitement. On tiendra compte cependant de l'existence de l'ulcère de la région pylorique pour élargir la résection, si on décide de la pratiquer, et à la résection annulaire médiogastrique, on préférera la *gastropyloréctomie*, qui est la seule opération radicale logique. Deux fois, elle a été pratiquée en un temps ; deux autres fois, une opération palliative a seule été possible : gastroentérostomie sur la poche supérieure

très dilatée, ou même gastrostomie, faite au contraire sur le segment prépylorique avec engagement de la sonde dans le bout duodénal.

Les cas évidemment les plus nets au point de vue chirurgical, sont ceux qui concernent des ulcères l'un et l'autre sténosants :

LA DOUBLE STENOSE PYLORIQUE ET MEDIO-GASTRIQUE réalise évidemment la meilleure indication de l'intervention large, *gastropyloréctomie* emportant les deux anneaux sténosants et la poche intermédiaire. Cette opération radicale ne put être pratiquée que 7 fois sur 12, car le siège élevé de l'anneau médiogastrique, les adhérences qui bloquaient toute la face postérieure de l'estomac, l'état cachectique du malade, ont dû faire rejeter parfois cette intervention. On s'adresse alors à la double opération palliative, qui assure la vidange de la poche supérieure par une *anastomose gastrogastrique*, et celle de la poche inférieure par une *gastroentérostomie*.

### c) Résultats.

Si nous consultons l'ensemble des résultats fournis par ces diverses interventions, nous trouvons une mortalité faible : 10 % ; elle est de l'ordre de celle des interventions pour ulcère unique; c'est également la conclusion que donnent les Américains.

Mais il apparaît clairement que sur quatre décès opératoires qui grèvent cette statistique, trois sont en rapport avec un terrain *tuberculeux* (Obs. VI, VII

et XV). Les indications opératoires chez un sujet suspect de bacillose, doivent donc être réduites au maximum, et l'on sait dans ce cas se contenter d'une simple anastomose au bouton, ou, quelquefois même, d'une laparotomie exploratrice.

---



## Observations.

---

Nous apportons à l'appui de notre thèse 38 observations que nous avons classées suivant le plan général du chapitre précédent.

### 1<sup>o</sup> Ulcères du pylore et du corps de l'estomac ne déterminant ni l'un ni l'autre de sténoses :

OBSERVATION I (page 14)

OBSERVATION II (page 15)

OBSERVATION III (page 17)

#### OBSERVATION IV

*Ulcère double de l'estomac de la face antérieure et du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie.*

Femme, 54 ans, entrée le 14 octobre 1912.

Souffre depuis longtemps. Amaigrissement. Séjour, il y a cinq ans, à St-Pothin, pour troubles gastriques, avec hématomèses. A la palpation, on sent dans le côté gauche de l'abdomen une petite tumeur peu mobile et non douloureuse.

18 octobre 1912 : Intervention (M. Delore). — On trouve sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, un ulcère comblé par le ligament gastrocolique qui rétrécit l'estomac et tend à le rendre biloculaire. On trouve, sur le versant duodénal du pylore, la cicatrice d'un autre

ulcère. On fait une gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure. Il est impossible d'attirer dans la plaie l'ulcère de la face antérieure de l'estomac. Suites opératoires normales.

### OBSERVATION V

*Ulcère double de l'estomac : médiogastrique cicatrisé et pylorique avec fissure. Gastroentérostomie.*

Femme, 61 ans, pâle et amaigrie, souffre depuis quinze ans : rares vomissements. A eu, à deux ou trois reprises, du mélæna, depuis trois ans. Clapotage gastrique.

28 novembre 1923 : Intervention. — Estomac dilaté, mais non épaissi. Sur la partie moyenne de la petite courbure, on trouve une légère induration, avec cicatrice étoilée, signe d'un ancien ulcère paraissant à peu près cicatrisé.

Au niveau du pylore, sur la face antérieure, nouvelle induration caractéristique. D'autre part, tout l'anneau pylorique est dur, œdématié, comme atteint d'une vraie pylorite.

Gastroentérostomie postérieure, transmésocolique, à la suture, au catgut, à trois plans.

Suites fort simples. Guérison maintenue parfaite en janvier 1925.

### OBSERVATION VI

*Ulcère calleux de la petite courbure. Petit ulcère du pylore. Adénopathie histologiquement tuberculeuse. Gastropyloréctomie. Mort.*

Homme, 46 ans, entre le 6 décembre 1924.

Il y a dix-huit mois, violente douleur péri-ombilicale ayant duré une demi-heure.

Il y a six mois, nouvelle crise brutale de douleurs plus

généralisées ayant duré trois heures et nécessité quinze jours de repos complet.

Réapparition de crises *il y a deux mois*, de type gastrique, presque quotidiennes, de plus en plus douloureuses.

Amaigrissement de 15 kilos depuis deux mois.

Pas de signes de sténose pylorique.

8 décembre 1924 : Intervention. Ulcère calleux de la petite courbure, un peu au-dessus du pylore, non sténosant, des dimensions d'une pièce de 2 francs. Très adhérent au pancréas, tellement qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas de dégénérescence. On se décide à l'enlever. Sur le pylore, un autre ulcère petit, en voie de cicatrisation.

Billroth II. Le péritoine est très induré et, pour suturer le duodénum, il faut le décoller du pancréas. On trouve également des ganglions coronaires et sous-pyloriques.

*Examen histologique.* — L'ulcère calleux de la petite courbure, l'ulcère du pylore, sont des ulcères simples; mais les ganglions sont tuberculeux.

Au 14<sup>e</sup> jour après l'intervention, le malade jusque-là sub-fébrile, se met à présenter une température à oscillations plus marquées, avec atteinte profonde de l'état général. Signes pulmonaires (caverne?) Décès.

*Autopsie.* — Péritonite due à la fistulisation du moignon duodénal.

Poumon : nombreuses lésions bacillaires.

## OBSERVATION VII

*Ulcère double de l'estomac chez un bacillaire. Pylore et grande courbure. Gastroentérostomie. Décès.*

Homme, 57 ans, entre le 9 avril 1917 à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Malade depuis quinze ans, amaigrissement 20 kilos, pas de sténose ni de rétention à la radioscopie. Vomissements fréquents, pas d'hématémèse, une pleurésie, bronchites multiples.

16 avril 1917 : Intervention. Il s'agit d'ulcères multiples de l'estomac : un près de la grande courbure, partie moyenne; l'autre au pylore; ascite.

Il s'agit très probablement d'un ulcère bacillaire; l'ulcère situé sur la grande courbure est très adhérent, ainsi que celui du pylore. Etant donnée la nature probable de la lésion, on se borne à faire une gastro-entéro-anastomose. Sur la face antérieure de l'estomac, en dehors de l'ulcère, on constate quelques taches blanchâtres ressemblant à du cancer.

Mort le 29 avril 1917, de pneumonie.

#### OBSERVATION VIII

*Ulcère double de l'estomac, l'un pylorique non sténosant, en voie de cicatrisation, l'autre sur la partie supérieure de la petite courbure. Excision de celui-ci. Gastro-entérostomie complémentaire.*

Femme, 47 ans.

19 janvier 1920 : Entre, salle Saint-Paul, à l'Hôtel-Dieu.

Début en novembre 1919 par des douleurs très tardives épigastriques gauches. Amaigrissement de 10 kilos. Pas de vomissements. Pas d'hématémèse.

*Radio.* — Estomac très grand.

24 janvier 1920 : Intervention. — On trouve un vieil ulcère du pylore en voie de cicatrisation et un deuxième ulcère, du diamètre d'une pièce de 1 franc, situé à 4 centimètres au-dessous du cardia, adhérent intimement au foie. Malgré les difficultés, on décide l'exérèse.

Suture transversale de la brèche à 3 plans. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton, un peu au-dessous de la résection. Quitte le service le 14 février. Cicatrisation complète, guérison opératoire.

## OBSERVATION IX

*Ulcère de la petite courbure et ulcère sous-pylorique. Résection de l'ulcère de la petite courbure et gastroentérostomie postérieure au bouton.*

Homme, âgé de 45 ans, souffre depuis douze ans, au moment de la digestion. N'a jamais vomi, mais suit un régime rigoureux qui n'arrive pas à calmer les douleurs. A maigri de 12 kilos.

5 septembre 1924 : Intervention. — Immédiatement, au-dessous de la veine pylorique, on trouve un petit ulcère duodénal. D'autre part, l'estomac est grand et un peu épaissi; sur la partie moyenne de la petite courbure, gros ulcère, calleux, adhérent en arrière. On en pratique la libération suivie de résection large. L'orifice est suturé longitudinalement au catgut et l'on termine par une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

Sur la pièce, ulcère calleux perforé, bouché, des dimensions d'une pièce d'un franc; tout autour, muqueuse rouge et papillomateuse.

## OBSERVATION X

*Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure et ulcère pylorique. Résection de l'ulcère de la petite courbure et gastro-entérostomie postérieure.*

Homme âgé de 42 ans, à long passé gastrique douloureux, jamais de vomissements, mais réduction de l'alimentation.

23 décembre 1924 : Intervention. — On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, des dimensions d'une pièce de 0,50 centimes, dont le fond est bouché par l'épiploon gastro-hépatique.

Estomac un peu dilaté, un peu épaissi. Sur l'antrum pylorique, au niveau de la petite courbure, à deux centimètres à gauche du pylore, existe un second ulcère tout petit, très induré.

Réssection large de l'ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton, près du pylore.

Guérison.

## OBSERVATION XI

*Ulçère de la petite courbure et ulcère juxtapylorique s'accompagnant d'un léger degré de sténose. Exérèse de l'ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie.*

Homme, 43 ans, entré le 23 décembre 1924.

L'affection actuelle remonte à 1913 ; crises douloureuses épigastriques tardives. Pas de vomissements. Les épisodes douloureux durent un mois environ et reviennent périodiquement.

Depuis six mois, les douleurs sont quotidiennes.

*Examen.* — Bon état général. On sent, à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane et se dirigeant vers la gauche, une petite masse du volume d'une grosse noisette, dure, régulière, assez mobile, douloureux au palper. Un peu de clapotage à jeun.

*Radioscopie.* — Estomac dilaté avec retard à l'évacuation.

23 décembre 1924 : Intervention. — A l'exploration, ulcère calleux adhérent à la petite courbure et induration prépylorique.

Réssection de l'ulcère de la petite courbure ; gastro-entéro-anastomose transmésocolique.

## 2° Existence d'une Sténose pylorique isolée.

### OBSERVATION XII

*Double ulcère gastrique, pylorique, cicatrisé et sténosant, l'autre siégeant sur la petite courbure. Gastro-entérostomie.*

Homme, 58 ans, entre à l'hôpital le 16 décembre 1917. On ne retrouve pas l'histoire clinique.

26 décembre 1917 : Opération.— *Double ulcère* : l'un pylorique, cicatrisé avec sténose ; l'autre sur la petite courbure, à quelques centimètres du pylore, en pleine activité. Estomac très épaissi ; en raison de la sténose, on pratique une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton préliminaire d'une gastrostomie ultérieure.

Suites opératoires normales. Le second temps n'est pas pratiqué.

### OBSERVATION XIII

*Ulcère médiogastrique, cicatrisé. Ulcère du pylore récent. Gastro-entérostomie postérieure à la suture.*

Femme de 61 ans. Douleurs gastriques après les repas depuis vingt-cinq ans. Léger clapotage. Hémorragies gastriques à plusieurs reprises. Anémie.

28 novembre 1923 : Intervention. — On trouve un ulcère de la petite courbure cicatrisé. Il existe, en outre, un petit ulcère sur le versant gastrique du pylore. Estomac dilaté, non épaissi.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture, 3 plans de catgut.

Guérison simple, maintenue en décembre 1924.

#### OBSERVATION XIV

*Double ulcère, l'un pylorique sténosant ; l'autre sur la petite courbure de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

Homme, 47 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 8 janvier 1917.

Troubles gastriques depuis un an, avec conservation de l'appétit. Vomissements incessants, douleurs très marquées, amaigrissement de 18 kilos. Signes de dilatation gastriques : pas de tumeur appréciable à la palpation.

11 janvier 1917 : Intervention. — On trouve un ulcère pylorique sténosant. Un deuxième ulcère de la petite courbure, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pylore. On ne trouve pas de ganglions, il ne semble pas qu'ils soient dégénérés. Gastroentérostomie transmésocolique. Suture, 3 plants catgut.

*Suites opératoires normales.* — Sort guéri le 30 janvier 1917.

#### OBSERVATION XV

*Ulcère double de l'estomac chez un bacillaire : un ulcère pylorique sténosant, l'autre très haut, sur la petite courbure. Gastroentérostomie. Mort.*

Homme de 50 ans.

Entré le 16 août 1918 à l'hôpital de la Croix-Rousse. Le malade souffre depuis dix ans. Vomissements fréquents. Pas d'hématémèse. A l'examen, sténose pylorique. On pense à un ulcère.

*Intervention.* — Laparotomie sus-ombilicale; on tombe sur un double ulcère, sur un du pylore sténosant ; l'autre au niveau de la petite courbure, très haut près du cardia, encore abordable et enlevable. Etant donnée la distension de l'estomac, on préfère pratiquer une gastroentérostomie au bouton. L'exérèse de l'ulcère de la petite courbure sera faite si le malade souffre.

16 août 1918. — Le malade meurt de pneumonie droite. A la vérification, on trouve des lésions bacillaires anciennes du poumon gauche. Hépatisation de la base du lobe supérieur droit.

#### OBSERVATION XVI

*Ulcère double de l'estomac ayant débuté il y a 43 ans : petite courbure et pylore. Sténose pylorique. Gastroentérostomie. Guérison maintenue actuellement après 12 ans.*

Femme, 67 ans, entre salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 16 janvier 1913.

*Début de l'affection.* — Il y a quarante-trois ans, par des douleurs. Digestions difficiles. De temps en temps, vomissements de plus en plus fréquents. Il y a quatre ans, hématurie avec méloena. Il y a un mois, nouvelle hématurie. A l'examen, signes de sténose pylorique.

20 janvier 1913 : Intervention. — On trouve un énorme estomac avec un double ulcère : un médian, sans sténose sur la petite courbure; l'autre au pylore, serré et toujours en activité. L'estomac est immense, très épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique. Au-dessus du foie, se trouve une masse formant comme des grappes de raisins pédiculés. On attire au dehors et on constate alors que le pédicule est formé par le mésentère et que les grappes qui sont infiltrées par l'air occupent l'intestin grêle sur une longueur d'au moins un mètre. Le toucher vaginal ne révèle rien aux annexes. La portion sur laquelle la gastro-entéro-anastomose a été faite, est complètement saine. L'intestin, qui est le siège des végétations, est rétréci comme un intestin de poulet, ainsi que les masses sus et sous-jacentes.

Suites opératoires normales.

Le 18 décembre 1924, soit près de douze ans après l'intervention, l'opérée donne de ses nouvelles qui sont parfaites, l'état général s'étant nettement amélioré. La malade est alors âgée de 79 ans.

## OBSERVATION XVII

*Ulcère double de l'estomac (petite courbure et pylore) sténose pylorique. Premier temps, gastroentérostomie. Deuxième temps, cautérisation de l'ulcère de la petite courbure.*

Homme, 62 ans, entre salle Saint-Paul, le 20 octobre 1924.

Malade avec un passé gastrique ancien; quinze à vingt ans. Depuis trois mois, vomissements presque quotidiens. Douleurs permanentes, pesanteurs épigastriques. Amaigrissement considérable : 12 kilos. Dégoût marqué pour tous les aliments. Ni hématemèse, ni méloena.

*A l'examen.* — Signes de sténose pylorique.

22 octobre 1924 : Intervention. — Il s'agit d'un ulcère calleux, dur, peut-être cancéreux, situé au niveau du pylore. Estomac immense très épaissi. Toutes les tuniques sont confondues. En raison de la cachexie et de la sténose, gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

Malade à reprendre pour une exérèse en un deuxième temps dans quinze jours.

Suites opératoires très simples. L'alimentation est reprise au troisième jour. Le malade n'a pas vomi et ne souffre plus, si bien qu'on a de la peine à lui faire envisager une seconde intervention.

12 novembre 1924 : Réintervention. — On trouve un ulcère sur le pylore, petit, avec une cicatrice froncée sans induration, et un deuxième un peu plus volumineux et induré, situé sur la petite courbure. Comme il s'agit d'un ulcère certain, on pratique un Balfour. L'anastomose vérifiée admet facilement le médius sans frottement.

L'estomac reste un peu grand.

### 3° Sténose Médiogastrique isolée.

#### OBSERVATION XVIII

*Ulcères multiples. Ulcères de la petite courbure avec biloculation. Pylorite ulcéreuse. Gastropyloréctomie large.*

Femme âgée de 48 ans, amaigrie, anémique, souffre depuis vingt-cinq ans, a eu des hémorragies et des vomissements intermittents. Point douloureux médian.

15 février 1921 : Intervention. — La partie moyenne de la petite courbure est cicatricielle, blanchâtre, avec début de biloculation ; elle est adhérente intimement aux plans profonds.

Gastropyloréctomie large, emportant les ulcères supérieurs et le pylore avec la poche pylorique.

Sur la pièce, on voit deux ulcères de la petite courbure distants l'un de l'autre de 3 à 4 centimètres, tous deux sont presque cicatrisés, en forme d'étoile. A leur pourtour, zone de muqueuse gastrique violacée, d'apparence fongueuse.

Le pylore présente un aspect fibreux, blanchâtre ; sur ce fond blanchâtre, se détachent trois petites ulcérations rougeâtres. La muqueuse de l'antrum pylorique est pâle, celle du grand cul-de-sac cardiaque est carminée.

Suites simples. Guérison parfaite en décembre 1924.

#### OBSERVATION XIX

*Ulcère double, l'un du pylore, sur le versant duodénal; l'autre sur la petite courbure. Sténose médio-gastrique. Gastropyléctomie. Bilbroth II.*

Femme, 42 ans, entrée le 13 octobre 1924. Début des douleurs gastriques à 20 ans, pendant des périodes saisonnières de quelques semaines.

A 24 ans, gastrorrhagie importante : deux hématémèses successives, avec méloëna. Puis, grâce à un régime sévère, sédation des symptômes.

Mais brusquement, en pleine période d'accalmie, survient l'accident qui amène la malade : une gastrorragie abondante, se reproduisant cette fois pendant cinq à six jours, saignant complètement la malade et ne cédant qu'à un traitement sévère. Montée fébrile à 38°-38°5 pendant près de quinze jours.

Examen clinique négatif. Pas de signes de sténose pylorique. La radiscopie montre un estomac hypertonique complètement rempli ; il donne l'impression d'un estomac de pylorectomie : seule la portion verticale est visible. Puis, l'antrum pylorique se remplit également et n'est relié à la portion principale que par un mince trajet. On a l'image d'une sténose médiogastrique.

14 octobre 1924 : Intervention. — Une exploration attentive montre qu'il existe deux ulcères : l'un sous-pylorique à la partie supérieure ; l'autre à la partie moyenne de la petite courbure, ce dernier provoquant une large biloculation. On se décide à enlever les deux ulcères et la poche pylorique qui n'est ni épaissie, ni dilatée.

Gastropylorectomie large. Gastroentérostomie antérieure transmésocolique au bouton.

Suites opératoires excellentes, la malade quitte le service le 1<sup>er</sup> novembre 1924, opératoirement guérie.

Examen de la pièce. — On trouve les deux ulcères. La section duodénale passe près de l'ulcère inférieur qui est à peu près cicatrisé ; tous les plans sont réunis ensemble.

L'ulcère de la petite courbure détermine une forte rétraction médiogastrique. La muqueuse est rouge sur la plus grande partie de la pièce opératoire.

Examen histologique. — Ulcères classiques.

5 décembre 1924. — Digère assez bien. A repris un peu de poids, n'a eu ni vomissements, ni hémorragie, mais déclare souffrir un peu après les repas copieux.

## OBSERVATION XX

*Ulçère pylorique cicatrisé. Gros ulcère de la petite courbure avec sténose médiogastrique. Gastroentérostomie. Persistence du bouton. Réintervention.*

Homme, 58 ans, entre le 8 février 1924. Souffre depuis 1914. Vomissements, douleurs tardives après les repas, par périodes. Amaigrissement de 5 ou 6 kilos. Rien à signaler à l'examen.

*Radioscopie.* — Déformation considérable de l'estomac qui paraît presque horizontal. La cavité gastrique est certainement diminuée de volume. D'autre part, presque instantanément, le pylore et les anses grêles se dessinent. Du côté de la petite courbure, tout est flou ; il n'y a pas de limite nette de la cavité gastrique, et l'on voit très nettement une tâche bismuthée se dessinant à ce niveau.

11 février 1924: Intervention. — Gros ulcère, partie moyenne de la petite courbure, très adhérent au pancréas et ayant provoqué la biloculation gastrique. La poche supérieure est très grande, à parois très épaissies ; l'inférieure, plus petite, à parois minces. Sur le pylore, cicatrice étoilée d'un ancien ulcère.

Il y aurait lieu de faire la résection de l'ulcère et de la poche inférieure. Mais, étant donné l'état un peu cachectique du malade, on préfère pratiquer une gastroentérostomie au bouton, réservant une exérèse ultérieure.

3 mars 1924 : Deuxième temps. — Estomac où les ulcères sont cicatrisés et non calleux. On ne juge pas à propos de faire la résection. On se porte sur l'orifice de gastro et on constate que le bouton y est encore accroché. On l'enlève et on agrandit l'orifice par un coup de ciseau sur l'estomac et l'intestin.

## OBSERVATION XXI

*Ulcère double de l'estomac, l'un juxta-pylorique sans sténose ; l'autre sur la petite courbure, avec biloculation. Gastrostomie.*

Homme, 49 ans, entre salle Saint-Joseph, le 30 octobre 1924, pour troubles digestifs.

Passé gastrique datant de dix ans. Mais, depuis février 1924, apparition de douleurs tardives plus nettes. Perte des forces et amaigrissement (10 kilos) sans perte d'appétit.

*Radioscopie.* — Estomac normal.

Au mois d'août, apparition de vomissements, précédés de douleurs gastriques très pénibles, de plus en plus fréquents et précoces, si bien que, depuis huit jours, le malade vomit, au cours de son repas ou cinq minutes après.

Ces régurgitations n'ont pas lieu avec les aliments liquides. Pas d'hématémèse, pas de méloëna.

23 octobre : Radioscopie.— L'ingestion de bouillie montre :

1° Une dilatation du segment inférieur cardiaque de l'œsophage avec stase œsophagienne.

2° Estomac biloculaire, dont la zone pylorique, mobile, animée de contractions, indolore, s'évacue normalement. A l'examen, ventre creux, aucun point douloureux abdominal, on ne perçoit aucune tumeur, aucun signe de sténose pylorique.

31 octobre 1924 : Intervention. — Il s'agit d'un ulcus ou ulcérocancer, situé immédiatement au-dessous du cardia, des dimensions s'une pièce de cinq francs, très adhérent en arrière. D'autre part, il existe un ulcère cicatriciel juxtapylorique. On pratique une gastrostomie à la Fontan, en plaçant la sonde dans le bout duodénal.

5 décembre 1924, — Augmentation de poids d'un kilo.

Alimentation directe par la bouche, sans se servir de sonde. Pas de vomissements, salivation abondante. Pas de douleurs.

#### 4° Sténose Pylorique et Médiogastrique associées.

##### OBSERVATION XXII

*Double ulcère : l'un, pylorique cicatrisé ; l'autre, juxta-cardiaque ; l'un et l'autre sténosants.*

Homme, 57 ans. Début de l'affection, il y a trois mois, par des douleurs pendant ou immédiatement après le repas. Signes de sténose pylorique.

La radioscopie montre l'arrêt du cachet bismuthé au cardia et la stase pylorique.

5 mai 1924 : Intervention. — On trouve un ulcère cicatrisé au niveau du pylore, un estomac un peu épaissi et un autre ulcère à la partie supérieure de la petite courbure. Ulcère calleux près du cardia. L'exérèse pourrait être possible avec résection costale. On se contente d'une gastro-entérostomie, se réservant de faire une gastrostomie dans un deuxième temps, si le malade ne peut avaler. Sort guéri le 19 mai 1924.

### OBSERVATION XXIII

*Ulcère de la petite courbure avec biloculation. Ulcère pylorique sténosant. Cachexie. Gastrogastrostomie. Gastroentérostomie. Guérison.*

Femme, 46 ans, a un long passé gastrique avec vomissements et hématomésés. Les accidents se sont aggravés depuis un an et, actuellement, la malade est dans un état de cachexie très prononcé. La radiographie (Barjon) a montré une biloculation fort nette.

10 mars 1917 : Intervention. — Sténose médiogastrique serrée et située très haut, adhérente au foie et au pancréas et admettant juste un crayon. L'exérèse de l'ulcère, en raison de sa situation élevée, ne permettrait pas de rétablir la continuité gastrique. La poche inférieure pylorique est très grande et présente au voisinage du pylore un ulcère en activité adhérent à la vésicule biliaire.

Large gastro-gastrostomie, à la suture, entre les deux poches, suivie de gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche pylorique.

Guérison maintenue en janvier 1925.

#### OBSERVATION XXIV

*Ulcère de la petite courbure avec biloculation, sténose pylorique cicatricielle. Gastrogastrostomie et gastroentérostomie.*

Femme de 58 ans, amaigrie et cachectique. Début des accidents, il y a vingt ans.

19 décembre 1924 : Intervention. — Ulcère calleux de la petite courbure, haut situé, très adhérent et produisant une biloculation. En outre, sténose pylorique par ulcère cicatrisé.

En raison du siège élevé de l'ulcère, des adhérences et de la cachexie, on rejette l'exérèse, on pratique une large gastrogastrostomie. La poche cardiaque est mince et petite, la poche pylorique est dilatée et très épaissie, avec une muqueuse rouge.

Suites simples. Guérison maintenue en décembre 1924.

#### OBSERVATION XXV

*Ulcère sténosant du pylore. Ulcère calleux adhérent de la petite courbure, avec biloculation. Gastroentérostomie postérieure sur la poche pylorique et gastro-gastrotomie.*

Femme de 48 ans. Long passé gastrique, avec hémorragies à répétition. Anémie intense.

13 juin 1923 : Intervention. — Il existe deux ulcères : l'un sur la petite courbure, très large et très induré, adhérent de toutes parts et situé haut, vers le cardia ; l'autre, sur le pylore, froncé et sténosé. La poche cardiaque est petite, peu épaissie, la poche pylorique est grande et épaissie.

Devant la cachexie de la malade et les difficultés de l'exérèse, on pratique une gastrogastrostomie large, puis une gastroentérostomie postérieure transmésocolique sur la poche inférieure.

Suites parfaites. Guérison maintenue en décembre 1924.

### OBSERVATION XXVI

*Double ulcère gastrique : du pylore avec sténose, médiogastrique avec biloculation. Résection de l'ulcère avec gastroentérostomie.*

Femme de 65 ans, souffre depuis vingt ans. Les douleurs, les vomissements ont augmenté depuis deux ans. Amaigrissement et dénutrition accentués.

19 décembre 1921 : Intervention. — On trouve un estomac biloculaire, par ulcère de la petite courbure (partie moyenne), adhérent en arrière et en activité. L'orifice de la biloculation admettrait un à deux doigts. En outre, il existe une sténose pylorique par ulcère semblant cicatrisé.

L'ulcère de la petite courbure est libéré assez facilement, puis on le résèque largement. Il a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes à un franc. La brèche est suturée transversalement ; puis on pratique une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, sur la poche pylorique.

Suites simples. Guérison maintenue en janvier 1925.

### OBSERVATION XXVII

*Triple ulcère de l'estomac ; deux au niveau de la petite courbure (sténose médiogastrique), le troisième pylorique également sténosant. Résection emportant la poche inférieure et le pylore (Kocher).*

Femme de 42 ans, a souffert il y a dix ans de douleurs et vomissements sans caractères bien nets, puis accalmie.

Depuis trois ans, réapparition des douleurs tardives, avec irradiations dorsales, soulagées par les vomissements. Pas d'hématémèse. Constipation intense avec méléna probable.

Améliorée momentanément par un régime.

*Examen* : Malade très amaigrie, au teint pâle.

*Radioscopie* : Estomac biloculaire.

17 avril 1912 : Intervention. — Estomac biloculaire avec sténose pylorique en plus. Résection de la poche inférieure de l'estomac et du pylore. Suture des deux tranches, avec abouchement duodéno-gastrique par le procédé de Kocher.

Sur la pièce enlevée, on trouve trois ulcères : un au-dessus de la sténose médiogastrique, un au-dessous de cette même sténose, un au niveau du pylore.

Suites opératoires normales.

### OBSERVATION XXVIII

*Sténoses pylorique et médiogastrique associées : Ulcère calleux de la petite courbure, ulcère pylorique cicatrisé. Résection emportant les deux ulcères et la poche intermédiaire. Guérison.*

Femme, âgée de 40 ans, à long passé gastrique douloureux. Depuis trois mois, douleurs continues, peu aiguës, tardives. Parfois, quelques vomissements qui soulageaient la malade. Jamais d'hématémèse ni de méléna. Constipation.

Etat général très mauvais. Perte de l'appétit, amaigrissement.

A l'examen, un peu de clapotage gastrique, mais surtout noyau induré mobile, douloureux, du volume d'une noisette, à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic.

*Radioscopie.* — On voit une déformation gastrique avec aspect biloculaire et diverticulaire de l'estomac; dilatation du grand cul-de-sac inférieur, avec rétention; sténose incomplète du pylore probable; possibilité de néoplasme en raison de l'hérédité et de l'amaigrissement; mais, ces réserves faites, il est infiniment probable qu'il s'agit d'ulcus multiples avec sténose médiogastrique et sténose pylorique (Barjon).

23 novembre 1912 : Intervention qui confirme ponctuellement le diagnostic.

On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au pancréas, cause de la biloculation. On fait la résection de tout l'estomac inférieur, section au-dessus de l'ulcère calleux

et au-dessous du pylore. Suture des deux tranches de l'estomac supérieur et du duodénum. Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton sur la face postérieure de l'estomac.

Sur la pièce enlevée, on trouve un ulcère calleux perforant, avec une cavité de la grosseur d'une noisette et une énorme induration des parois. Là était le siège de la sténose médiogastrique.

Au voisinage du pylore très serré, existe la cicatrice indurée d'un ancien ulcus guéri.

Treize mois après, la malade va bien: elle s'alimente, digère tout, en suivant un régime.

#### OBSERVATION XXIX

*Double ulcère (pylore et petite courbure). Double sténose : pylorique et médiogastrique. Résection emportant la poche inférieure. Guérison maintenue 8 ans 1/2 après.*

Femme, 39 ans, entrée le 1<sup>er</sup> décembre 1915.

30 mars 1916 : Opération. — Estomac biloculaire, la biloculation est haute, à 5 ou 6 centimètres au-dessous du cardia. Sténose pylorique. On enlève la poche inférieure. Nombreuses adhérences très vasculaires au niveau du pylore et de la sténose médiogastrique.

Fermeture de la tranche gastrique et duodénale. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique au bouton; ce temps opératoire fut difficile : en raison de l'élévation de la tranche gastrique, on fut obligé de mettre plusieurs points.

4 décembre 1924 : Etat de santé excellent, la malade mange de tout, digère bien, ne souffre plus, a engraisé de 10 kilos.

#### OBSERVATION XXX

*Double ulcère (pylore et petite courbure). Sténoses pylorique et médiogastrique associées. Résection.*

Femme, 35 ans, entre le 3 novembre 1916.

15 novembre 1916 : Opération. — Billroth II pour estomac biloculaire par ulcère médiogastrique, avec ulcère pylorique

sténosant concomitant. La résection passe bien au delà du pylore. (Dans l'opération, on éprouve une certaine difficulté à mettre le bouton dans l'estomac).

Durée de l'opération : une heure.

Sort guérie le 12 décembre 1916.

### OBSERVATION XXXI

*Ulcère double de l'estomac, l'un de la petite courbure en activité avec biloculation, l'autre du pylore cicatrisé (sténose pylorique). Résection. Guérison.*

Femme, 50 ans, entrée le 2 décembre 1916.

Signes de sténose pylorique incomplète depuis deux mois.

6 décembre 1916 : Intervention. — Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure médiogastrique adhérent au pancréas. Après libération de l'estomac, on résèque toute la poche inférieure et la biloculation. Le pylore paraît cicatriciel. Fermeture de la tranche gastrique à trois plans, et de la tranche duodénale. Gastro-entéro-anastomose au bouton. Billroth II.

Sort guérie le 6 janvier 1917.

### OBSERVATION XXXII

*Double ulcère de l'estomac (pylore et petite courbure) l'un et l'autre sténosants. Résection emportant la poche inférieure.*

Femme, 45 ans, entrée le 15 octobre 1923, souffre de l'estomac depuis l'âge de 15 ans, douleurs tardives avec périodes de rémission. Pas d'hématémèse, pas de vomissements. A l'examen, signes de rétention gastrique.

17 octobre 1923 : Intervention. — Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure avec estomac biloculaire, la biloculation étant sur la partie supérieure de l'estomac et étant très serrée

au niveau du pylore; un autre ulcère cicatrisé avec énorme sténose. Dans ces conditions, ont fait l'ablation de la poche inférieure en rétablissant la continuité par le procédé de Polya. Suture de l'orifice duodénal.

*Examen de la pièce.* — La sténose au niveau du pylore est si complète que l'orifice admet à peine le passage d'un stylet.

Suites opératoires normales.

4 décembre 1924, la malade déclare que son état est aussi satisfaisant que possible, elle a repris 4 kilos.

#### OBSERVATION XXXIII

*Ulcère partie moyenne de la petite courbure, avec biloculation. Ulcère prépylorique sténosant. Gastropylorectomie emportant les deux ulcères.*

Femme âgée de 50 ans. Passé gastrique remontant à vingt ans, quelques vomissements noirs depuis un an.

17 juin 1924 : Intervention. — Il existe deux ulcères : l'un calleux, très adhérent au pancréas et situé sur la partie moyenne de la petite courbure, compliqué de biloculation. L'autre ulcère, des dimensions d'une pièce de 1 franc, occupe la région prépylorique.

L'opération consiste en une gastro-pylorectomie emportant les deux ulcères (procédé de Billroth II) avec suture des deux tranches gastriques et duodénales au catgut et gastro-entérostomie au bouton.

*Examen histologique.* — Ulcère bénin.

Suites fort simples. Guérison parfaite le 27 décembre 1924.

#### 5° Ulcères à Bascule.

#### OBSERVATION XXXIV

*Ulcère double du pylore. Gastroentérostomie. Réintervention trois ans après. Ulcère de la petite courbure : excision. Guérison.*

Homme, 42 ans.

Souffre depuis six mois, deux heures après les repas. Quelques vomissements non alimentaires. Examen négatif.

14 janvier 1919 : *Première laparotomie sus-ombilicale.* — On trouve un estomac plutôt un peu contracté, non dilaté, non épaissi. Cicatrice nette sur le pylore. On sent un noyau induré sur le versant duodénal, à 2 centimètres du pylore. On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique à la suture. Trois plans au catgut.

24 février 1922 : Entre à nouveau salle A. Bonnet. Les douleurs ont réapparu depuis un an et surviennent soit immédiatement, soit deux heures après les repas. Vomissements bilieux, pas d'hémorragies. La radioscopie ne permet pas de préciser le siège de l'affection.

26 février 1922 : Intervention. — Le malade souffrant beaucoup depuis quelque temps, on se décide à une intervention, pensant à un « ulcère peptique ». En réalité, la bouche est normale et admet facilement deux doigts. L'ancien ulcère est cicatrisé, cicatrice qui paraît avoir diminué sensiblement de volume : ce n'est pas là non plus la cause des douleurs. Sur la petite courbure, au-dessus de la partie moyenne, se trouve un ulcère formant une cicatrice radiée.

A son niveau, le méso est très adhérent, rétracté et par endroits cicatriciel. Malgré la hauteur, on se décide à l'enlever, ce qui est fait grâce à une traction énergique sur l'estomac. L'excision est complétée par une suture à trois plans.

Sur la pièce, l'ulcère apparaît pénétrant, petit, du diamètre d'un crayon.

#### OBSERVATION XXXV

*Ulcère du pylore. Gastroentérostomie. Intervention 7 ans après : ulcère de la petite courbure. Excision. Guérison.*

C... Oscar, 47 ans, entre le 4 décembre 1918.

Le malade souffre depuis 1909. Douleurs assez précoces. Vomissements fréquents. Une hématomérose. Opéré à Lille en

1911 par le Docteur Potel. Amélioration nette jusqu'en 1913. Depuis cette époque, réapparition des mêmes symptômes, sauf des vomissements; amaigrissement considérable.

Examen négatif.

7 décembre 1918 : Intervention. — L'estomac présente une gastroentérostomie postérieure perméable. Il adhère au foie sur une grande largeur. Il peut être séparé facilement. Après la libération, on constate que la petite courbure est le siège d'une vaste ulcération adhérente au pancréas. Non sans difficulté, on arrive à réséquer l'ulcère dont le fond est représenté par une dépression pancréatique. Après, il existe une perte de substance considérable, qui comprend une grande partie de la petite courbure, surtout la moitié antérieure de la première portion du duodénum. La brèche a 30 à 40 centimètres de largeur. On la ferme par une suture. A la fin de l'opération, l'estomac est contracturé, gros comme deux pouces. L'orifice pylorique paraît imperméable. L'orifice de gastro, en bonne place, videra bien l'estomac.

Autour de l'estomac on trouve quelques ganglions paraissant inflammatoires.

Cautérisation du fond de l'ulcère sur le pancréas.

Suites opératoires normales.

#### OBSERVATION XXXVI

*Double ulcère du duodénum. Gastroentérostomie. Réintervention huit mois après. Ulcère double de la petite courbure. Excision. Guérison.*

Femme, 40 ans, entrée le 21 mars 1921.

Début de l'affection il y a vingt ans. Le diagnostic d'ulcus fut fait à cette époque. Grosse amélioration par le traitement médical.

En 1919, les douleurs reprennent. Amaigrissement, mélaena, trois vomissements.

Examen clinique négatif, sauf une douleur épigastrique a la moindre pression. Weber positif.

24 mars 1921 : Intervention. — Estomac un peu grand, mais non épaissi; très congestionné. Sur la première partie du duodénum, à 1 centimètre au-dessous du pylore environ, cicatrice d'ulcus. Au niveau de la quatrième portion du duodénum, c'est-à-dire en arrière du péritoine, induration allongée, provoquée par un ulcère du duodénum.

Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture à trois plans au catgut, sans incident.

Une amélioration suit l'opération. Revient le 7 octobre 1921 pour des troubles analogues à ceux qui l'avaient amenée.

La radioscopie montre le bon fonctionnement de la bouche de gastro, rien ne passe par le pylore.

10 novembre 1921 : Réintervention. — Le duodénum est perdu au milieu d'adhérences dont on ne juge pas à propos de le libérer. On vérifie la gastro : elle ne présente aucune induration, ni signe de rétrécissement. On se porte vers la petite courbure et on trouve, vers la partie médiane, un petit ulcère difficile à sentir, puis, plus haut que la partie moyenne de la petite courbure, un ulcère dur, très ancien (perforation couverte). On résèque ces ulcères et on emporte une grande partie de la petite courbure. Puis on suture.

Grand vomissement aqueux dans la nuit du 16 au 17. Bicarbonate de soude. Lavage d'estomac.

19 novembre : Intervention. — La malade continue à vomir et on constate des ondes péristaltiques sur l'estomac.

Estomac abaissé. L'épiploon passe en écharpe sur sa face antérieure, enserrant la partie moyenne de l'estomac. On coupe l'épiploon entre deux ligatures. En relevant le côlon transverse on s'assure de la perméabilité de la gastro. Sur l'anse afférente passe une bride qui passe d'un côté du mésocôlon transverse, à gauche du côlon transverse, et qui se rend sur la paroi postérieure. On la coupe entre deux ligatures. Par mesure de précaution, on pratique une gastro-entéro-anastomose au bouton aussi haut que possible sur l'estomac. L'estomac reste un peu épaissi.

23 novembre, la malade va mieux. Baisse progressive de la température.

12 décembre, la malade rentre chez elle. Etat général satisfaisant.

*Examen histologique* : Ulcère typique. Disparition complète des tuniques musculaires. Sur des coupes en série on ne trouve nulle part de formation tuberculeuse. Pas de lésions d'artérite.

#### OBSERVATION XXXVII

*Ulcère duodénal. Exclusion du pylore. Réintervention le 9<sup>e</sup> mois : ulcère peptique gastro-jéjunal, résection. Troisième intervention 2 ans et demi après. Ulcère de la petite courbure. Résection. Guérison.*

Homme, 39 ans, entre une première fois le 12 mai 1921.

Depuis l'âge de 16 ans, douleurs tardives. Jamais de vomissements. Jamais d'hématémèse, ni de méléna.

13 mai 1921 : Intervention. — Ulcère du duodénum, de la grosseur d'une pièce de 0 fr. 50, situé à 4 ou 5 centimètres du pylore. Il est fixé, ainsi que le pylore. On ne peut ni l'enfouir, ni le réséquer. On pratique une gastroentérostomie postérieure transmésocolique. On ajoute une exclusion du duodénum que l'on est obligé de faire assez loin du pylore. On fait une section circulaire de la membrane séreuse, puis une double ligature circulaire de la muqueuse, que l'on sectionne au thermocautère entre les deux ligatures. Les moignons sont trop gros. On doit achever la section aux ciseaux. La ligature sur le bout pylorique reste en place. On fait par-dessus deux plans de suture, musculo-musculaire et séro-séreux. Sur le bord gastrique, la tranche est fermée par trois plans de suture.

Les suites sont bonnes et le malade quitte l'hôpital le 26 mai (13<sup>e</sup> jour).

Amélioration complète pendant six mois et demi. Le malade revient le 2 février, repris par des douleurs tardives. Pas de vomissements. L'examen est resté négatif.

3 février 1922 : Deuxième intervention. — On ne trouve rien au niveau de la petite courbure ni du duodénum. En passant à travers l'épiploon gastrocolique, on arrive sur

l'anastomose qui présente à la partie postéro-supérieure une induration manifeste en palpant dans le sens transversal. On fait la résection, non sans difficulté, en raison du siège élevé de cet ulcère peptique. Résection à travers le ligament gastro-colique. A ce moment, l'estomac présente un orifice large de 7 à 8 centimètres et la partie moyenne de l'intestin réséqué est ouverte sur sa face convexe sur une longueur de 7 à 8 centimètres également, elle ne présente plus qu'un petit pont de muqueuse large d'un doigt et demi, la bouche étant dirigée de gauche à droite. On referme à deux plans de suture, trois plans en avant. L'ulcère est situé surtout sur l'estomac: déjà toute la muqueuse a disparu sur une surface large comme une pièce de 1 franc, étirée en croissant.

Les suites sont parfaites et le malade présenté à la Société Nationale de Médecine le 15 février 1922 par MM. Delore et Devaux.

Il devait rester guéri jusqu'en juillet 1924, date à laquelle il entre pour la troisième fois dans le service. Depuis un mois, le malade a recommencé à présenter des douleurs tardives typiques, suivies de vomissements acides. L'amaigrissement cette fois est assez marqué. Pas d'hémorragie manifeste, mais Weber positif.

L'examen reste sans résultat.

La radioscopie montre, le 19 août 1924, le bon fonctionnement de la gastroentérostomie.

*Une troisième intervention* est alors pratiquée le 5 septembre 1924. On trouve un estomac collé à la paroi abdominale et au foie.

En le libérant, on constate que, conformément à la radioscopie, il n'y a pas d'ulcère peptique; mais il existe sur la petite courbure très haut, jusqu'au cardia, un ulcère calleux, dur, fixé au pancréas et au foie.

Pour l'aborder, on essaie de passer à travers l'épiploon gastrocolique, mais les adhérences rendent cette manœuvre impossible. On est forcé de l'enlever par la face antérieure. Avec le doigt on arrive toutefois à cliver le ligament gastro-hépatique et à saisir la coronaire. On peut ainsi aborder l'estomac très haut, presque au cardia, et exciser un ulcère qu'on suture longitudinalement, non sans grandes difficultés. Drain

sous le foie. A la fin de l'opération, on s'aperçoit que le ligament rond du foie est collé à la paroi ulcérée.

Sur la pièce on constate un gros ulcère, du volume d'une pièce de 2 francs, entouré d'une zone rougeâtre.

L'examen histologique montre un ulcère banal avec grosses lésions de la muqueuse au voisinage. Sclérose extrêmement dense infiltrant tous les plans dans la profondeur.

Le malade sort le 19 septembre 1924, guéri opératoirement. Il est revu le 6 octobre, n'accusant qu'une sensation de distension pénible après un repas trop copieux. L'estomac n'est vraisemblablement pas encore adapté.

5 novembre 1924 : l'état général est très bon. Le malade a gagné plus de deux kilos.

#### OBSERVATION XXXVIII

*Ulcère de la petite courbure. Excision. Récidive deux ans après dans la région prépylorique. Gastroentérostomie.*

Homme, 55 ans.

12 août 1918 : Malade souffrant depuis 18 ans. Une hématomérose en février 1918. Amaigrissement de 15 kilos. Pas de vomissements. Douleurs vives après les repas.

12 août 1918 : Intervention. — Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure adhérent au pancréas. L'exérèse se fait non sans difficultés en raison de la situation assez élevée de l'ulcère. La suture en-haut de la petite courbure est peu commode. Elle paraît cependant correcte à trois plans de catgut. L'ulcère a été réséqué circulairement et dépassé de un ou deux centimètres. Cautérisation de la surface pancréatique; une mèche.

Août 1920 : Revient pour paresse gastrique, évacuation prolongée et douloureuse de l'estomac. Pas de dilatation.

13 août : Seconde intervention. — On trouve des adhérences épiplooo-pariétales. Estomac très épaissi à peine dilaté et fixé par sa petite courbure. On constate sur celle-ci une adhérence intime avec le foie et une induration analogue à celle d'un ulcère dans la région prépylorique. On fait alors une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.



## Conclusions.

---

I. — Parmi les ulcères multiples de l'estomac, on peut individualiser une forme chirurgicale caractérisée par l'association d'un ulcère de la région pylorique et d'un ulcère du corps de l'estomac.

II. — L'analyse de 38 observations de ce type particulier indique que généralement les deux localisations sont apparues successivement, et que le plus souvent l'ulcère du pylore a précédé celui de la petite courbure.

III. — Ce que l'on sait des lésions périulcéreuses et de la pathogénie de l'ulcère gastrique, permet logiquement d'admettre qu'il existe entre les deux localisations d'inégale ancienneté, une relation de cause à effet.

IV. — Ces étapes anatomiques ne déterminent pas cliniquement un syndrome différent des poussées successives et des récidives qui caractérisent l'évolution de tout ulcère gastrique : tôt ou tard, peut apparaître une sténose, pylorique ou médiogastri-

que ; seule leur association est pathognomonique. Si le deuxième ulcère survient après une intervention, il sera mal diagnostiqué d'avec un ulcus gastrojéjunal.

V. — Le traitement de cette lésion complexe doit en principe être radical ; mais pratiquement il tiendra compte des difficultés spéciales de l'opération, et sera réglé par l'existence et le siège des sténoses :

1° S'il n'existe pas de sténose, les indications sont partagées entre la gastropyloréctomie et la gastroentérostomie simple, et, le plus souvent, remplies par l'anastomose associée à l'exérèse localisée de la petite courbure.

2° La sténose pylorique isolée exige la gastroentérostomie simple.

3° Dans les cas d'une sténose médiogastrique, le traitement palliatif est réservé aux contre-indications de la gastropyloréctomie emportant les deux ulcères.

4° Ce traitement est également celui de la double sténose, sous la réserve que l'opération palliative serait double.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| <i>Vu :</i>  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,    | L. TIXIER.                |
| JEAN LEPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 19 Décembre 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
CAVALIER.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BORGBJARG. — 2 Fälle von Gastritis chronica gravis (*Gastritis ulcerosa*). *Archiv. f. Verdauungskrankh.*, 1922, t. xxx, p. 73-84.
- BOUCHUT. — Gastroradiculite et ulcère d'estomac. *Lyon Chir.*, 1922, t. xix, p. 193-200.
- Deux cas de mort par hématoméso après une intervention pour ulcère. *Ibid.*, 397-7.
- BRIN. — Ulcères multiples de l'estomac, déterminant une biloculation. Résection. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chirurg. Paris*, 1920, t. xlvi, p. 213.
- X. DELORE. — De l'ulcère peptique du jéjunum, après gastrotroentérostomie. *Lyon Médic.*, 10 mai 1920.
- Sur 24 interventions pour ulcères peptiques. *Soc. Chir. de Lyon*, 8 janvier 1925; *Lyon Chir.*, 1925.
- X. DELORE, COMTE et LABRY. — Des ulcères doubles du pylore et du cardia. *Lyon Médical*, 1925, cxxxvi.
- X. DELORE et CONVERT. — L'ulcère peptique du jéjunum. *Revue de Chir.*, 1920, n° 1.
- X. DELORE et J. CREYSEL. — Des ulcères récidivants post-opératoires (plus communément appelés « ulcères peptiques »). *J. de Chir.*, t. xxv, avril 1925, p. 385-416.
- X. DELORE et P. MALLET-GUY. — Ulcère de la petite courbure succédant à un ulcus duodénal traité et déjà compliqué d'un ulcère peptique de la bouche anastomotique. *Soc. de Médec. et Sciences Médic.*, 5 novembre 1924; *Lyon Médic.*, 1924, cxxxiv, p. 790-795.

- X. DELORE, P. MALLET-GUY et A. VACHEY. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère de l'estomac. *Lyon Chir.*, septembre-octobre 1925, t. xxii, p. 620-663.
- X. DELORE, J.-F. MARTIN et P. MALLET-GUY. — Lésions de voisinage dans l'ulcère gastrique chronique (Gastrite périulcéreuse, ulcères doubles, ulcère et cancer). Considérations anatomiques et chirurgicales). *Arch. franco-belges de Chir.*, janvier 1925, t. xxviii, p. 58-73.
- X. DELORE, L. MICHON et E. POLLOSSON. — De l'oblitération cicatricielle des bouches de gastroentéroanastomose. *Revue de Chir.*, 1924, p. 79-95.
- J. DUVERGEY et L. DAX. — Sur un cas d'ulcère double du pylore et du cardia. *Journ. de Médec. de Bordeaux*, 1923, t. liii, p. 840.
- FERRAUD. — Considérations sur le traitement des ulcères de la petite courbure et du corps de l'estomac. *Thèse de Bordeaux*, 1923.
- FRIEDMANN. — Sur les récidives après Billroth I. *Zentralblatt. f. Chir.*, 5 juillet 1924, LI, n° 27, p. 1448-52.
- JEANNE. — Sténose médiogastrique et Sténose pylorique associées. *Normandie Médic.*, 1923, xxxiv, p. 119.
- JUDD AND PROCTOR. — Multiple gastric ulcer. *Med. J. and Rec.*, 1925, cxxi, p. 93.
- KÖNIG. — Zur Pathol. und Therapie des chronischen rezidivierenden Magengeschwür. *Münschn. Medizin. Wochenschrift*, 1920, lxxvii, p. 1341.
- KONJETZNY. — Die chronische gastritis des Ulcus magens (Zur Beurteilung der operationsanzeigen und des operationsfolge beim Magen = duodenalgeschwür). *Zentralb. f. Chir.*, Leipzig, 1923, I, p. 1026-28.
- LECÈNE. — Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères médiogastriques. *Journal de Chir.*, 1921, t. xxvii, p. 1-8.
- MANHÈS. — Contribution à l'étude des ulcères récidivants post-opératoires (Ulcères peptiques post-opératoires). *Thèse de Lyon*, 1925.
- MARVIER. — Considérations sur la thérapeutique des ulcères de l'estomac. L'exérèse constitue-t-elle un traitement radical ? *Th. Lyon*, 1920-21.

- MATHIEU. — Deux tumeurs ulcéreuses sur le même estomac (pylore et G. C.). *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1920, XLVI, 211.
- MATHIEU, SENCERT, TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage. *Paris, Masson*, 1913.
- MOYNIHAN. — *Medical Record*, 1921, XCIX, 903-10.
- OHLY. — Suites opératoires de la gastroentérostomie et considérations sur les indications et les contre-indications de la G. E. A. dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Arch. für Klinische Chir.*, CXXVIII, fasc. 3; 505-526.
- PERAIRE. — Résection pylorique pour ulcère 3 ans après une G. E. A. *Paris Chir.*, 1922, XIV, 133-5.
- SANTY et DUNET. — Pylorite ulcéreuse présentant 17 ulcérations. Pylorectomie. Guérison. *Lyon Médic.*, 1922, CXXXI; 577-9.
- VIANNAY. — Ulcère de la petite courbure ayant déterminé une sténose du pylore et une biloculation de l'estomac. G. E. A. sur la poche médiogastrique et G. G. A. Guérison depuis plus de trois ans. *Loire Médic.*, St-Etienne, 1924, XXXVIII; 164-9.
-



## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                                                      | 7  |
| Chapitre I.— Etude anatomique.....                                                                     | 11 |
| a) Sièges des Ulcères.....                                                                             | 11 |
| b) Les Sténoses .....                                                                                  | 12 |
| c) Les Lésions Périulcéreuses.....                                                                     | 13 |
| d) Ordre d'apparition des Ulcères .....                                                                | 18 |
| Chapitre II. — Pathogénie.....                                                                         | 21 |
| a) Documents Etiologiques.....                                                                         | 21 |
| b) Documents Anatomiques.....                                                                          | 22 |
| c) Conclusions Pathogéniques .....                                                                     | 24 |
| Chapitre III. — Etude Clinique et Diagnostic ....                                                      | 26 |
| Types Cliniques .....                                                                                  | 26 |
| Diagnostic Radiologique.....                                                                           | 28 |
| Diagnostic Opératoire .....                                                                            | 29 |
| Chapitre IV. — Traitement.....                                                                         | 31 |
| a) Principes Généraux.....                                                                             | 31 |
| b) Indications Particulières.....                                                                      | 32 |
| c) Résultats .....                                                                                     | 34 |
| Observations.....                                                                                      | 37 |
| 1° Ulcères du pylore et du corps de l'estomac<br>ne déterminant ni l'un ni l'autre de<br>sténoses..... | 37 |
| 2° Existence d'une Sténose Pylorique isolée.                                                           | 43 |
| 3° Sténose Médiogastrique isolée.....                                                                  | 47 |
| 4° Sténose Pylorique et Médiogastrique asso-<br>ciées.....                                             | 50 |
| 5° Ulcères à bascule .....                                                                             | 57 |
| Conclusions .....                                                                                      | 65 |
| Bibliographie.....                                                                                     | 67 |





